

**CONDADO DE LOS ÁNGELES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD
SOCIOS DE LA COMUNIDAD: SOLICITUD PARA EL PLAN DE CAPACIDAD DE PAGO
MY HEALTH (MI SALUD) LA**

Nombre del centro que recibirá esta solicitud _____

Paciente: _____ N.º de unidad de historia clínica: _____ N.º de aplicación _____

N.º de identificación de la solicitud: _____ N.º de identificación del miembro: _____

FAMILIARES EN EL HOGAR Nombre	FECHA DE NACIMIENTO Día/mes/año	Lugar de nacimiento	¿TIENE EMPLEO? Sí/No	Número de Seguro Social
1 (Adulto)				
2 (Adulto)				
3				
4				
5				
6				

Dirección: _____ Número de teléfono: (____) _____
 Número/calle Ciudad Estado Código postal

Residente del Condado de Los Ángeles Sí o No

EVALUACIÓN DEL INGRESO:

Ingresos ganados: \$ _____ Número de integrantes de la familia: _____

+ Ingresos no ganados: \$ _____

= **Total de ingresos mensuales** (ganados+ no ganados): \$ _____

¿El paciente está como máximo en el 138% del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL)? Sí o No

Se determinó anteriormente que el total del ingreso bruto mensual ajustado es de hasta el 138% del Nivel Federal de Pobreza. Por lo tanto, según el ingreso mencionado anteriormente, todos los servicios ambulatorios que reciba el paciente y que estén cubiertos por el formulario de solicitud de _____ a _____ se prestan con una política de cero responsabilidad.

Entiendo/entendemos y acepto/aceptamos que esta solicitud se hizo como parte del My Health (Mi Salud) LA Program del condado que ayuda a las personas de bajos recursos a pagar la atención médica.

Si el paciente obtiene o pierde el seguro o si cambia el número de integrantes de su familia o el ingreso, prometo/prometemos comunicar de inmediato el hecho al centro donde se completó este formulario. He/hemos acordado que si se presenta cualquier otro cambio en mis/nuestras circunstancias financieras, incluidos entre otros, el aumento de los ingresos del fiador o el pago de daños al paciente o a los herederos o los representantes personales del paciente, recuperados como resultado de las lesiones del paciente por accidente, negligencia o acto ilícito, notificaré/notificaremos al centro donde se completó esta solicitud. Esta solicitud podrá quedar sin efecto a elección del Condado de Los Ángeles.

Conforme a la Sección 360.5 del Código de Procedimientos Civiles de California, el cual permite renunciaciones por escrito relacionadas con las acciones para la retribución del apoyo del condado, estoy/estamos de acuerdo en renunciar por este medio a todos los decretos de limitación a todas las deudas relacionadas con los servicios de atención de la salud cubiertos por esta solicitud. Esta solicitud no disminuirá o rechazará de ninguna manera los derechos del condado que puedan existir en virtud de las secciones 23004.1 y 23004.2 del Código de Gobierno de California o la Ley de Gravamen de los Hospitales, o cualquier otra ley aplicable, de recuperar el reembolso de parte de cualquier tercero responsable, incluidos los causantes, de los cargos razonables por los servicios de atención médica proporcionados al paciente.

CON MI/ NUESTRA FIRMA, CERTIFICO/ CERTIFICAMOS BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE/ HEMOS PROPORCIONADO, COMO SE SOLICITA EN ESTE ACUERDO, ES VERDADERA Y ESTÁ COMPLETA SEGÚN MI/ NUESTRO LEAL SABER Y ENTENDER. CON MI/ NUESTRA FIRMA, TAMBIÉN CERTIFICO/ CERTIFICAMOS QUE HE/ HEMOS LEÍDO Y ENTENDIDO TODO LO

CONDADO DE LOS ÁNGELES: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD
SOCIOS DE LA COMUNIDAD: SOLICITUD PARA EL PLAN DE CAPACIDAD DE PAGO
MY HEALTH (MI SALUD) LA

EXPRESADO ANTERIORMENTE Y QUE ACEPTO/ACEPTAMOS FIRMAR ESTA DECLARACIÓN SIN NINGUNA RESERVA EN ABSOLUTO.

Firma del paciente

Fecha

Firma del entrevistador

Fecha

Firma del familiar responsable

Fecha

DENTAL SERVICES ONLY